

Przystosowanie domowej łazienki do oczekiwań chorego na stwardnienie rozsiane (SM) jako przykład procesu terapii zajęciowej

Bathroom adaptation to meet the expectations of the client suffering from Multiple Sclerosis (MS) as an example of occupational therapy process

Jolanta Derbich^{A-F}

AWF Warszawa, Wydział Wychowania Fizycznego, Zakład Pedagogiki

A – opracowanie koncepcji i założeń (preparing concepts)
B – opracowanie metod (formulating methods)
C – przeprowadzenie badań (conducting research)
D – opracowanie wyników (processing results)
E – interpretacja i wnioski (interpretation and conclusions)
F – redakcja ostatecznej wersji (editing the final version)

Streszczenie

Wstęp: Stwardnienie rozsiane jest chorobą atakującą centralny układ nerwowy. Rozwija się wówczas, gdy we włóknach nerwowych, komórkach glejowych i odpornościowych mózgu dochodzi do uszkodzenia osłonki mielinowej [3]. Celem pracy jest przedstawienie własnego projektu na przystosowanie łazienki do oczekiwań i potrzeb chorego na SM oraz zaprezentowanie jego wdrożenia.

Metoda: wywiad bezpośredni z klientem z SM, z zastosowaniem kwestionariusza COPM wykorzystywanego w procesie terapii zajęciowej, analiza dokumentacji medycznej.

Opis przypadku: Tadeusz jest 46. letnim mężczyzną. SM zdiagnozowano u niego w wieku 43 lat, aczkolwiek twierdzi, że pierwsze symptomy choroby pojawiły się dwa lata wcześniej. W 2007 r. u pacjenta wykonano rezonans magnetyczny i punkcję kręgosłupa. Wyniki badań potwierdziły, że mężczyzna cierpi na stwardnienie rozsiane, typ pierwotnie – postępujący.

W wywiadzie z klientem zidentyfikowano jego problem: potrzeba bycia samodzielnym podczas mycia się, golenia i kąpieli. Tadeusz nie może korzystać z łazienki bez pomocy, ponieważ obawia się utraty równowagi i upadku, ma słabe mięśnie lewej ręki, a w łazience brak jest poręczy umożliwiających samodzielne z niej korzystanie. Podczas kilku spotkań ustalono z klientem sposób zaadaptowania łazienki (montaż poręczy i wykonanie drewnianego stopnia), a następnie ćwiczonego sposobu korzystania z nich.

Wnioski: Po okresie dwóch tygodni korzystania z wprowadzonej do łazienki adaptacji, wspólnie z klientem oceniono, że spełnia ona jego oczekiwania, a cel jest stopniowo osiągnięty. W ocenie wtórnej zanotowano wzrost o 3 pkt. Klient uznał, że w skali 1–10, kryterium „wykonanie zadania” i „satysfakcja” ocenia na 7 pkt (w badaniu pierwszym ocena wynosiła odpowiednio: po 4 pkt).

Słowa kluczowe:

stwardnienie rozsiane, terapia zajęciowa, usamodzielnianie, klient

email: jolanta.derbich@awf.edu.pl

Pracę wykonano w ramach Projektu realizowanego w AWF Warszawa nt. Doskonalenie potencjału dydaktyczno-naukowego w zakresie terapii zajęciowej kluczem do rozwoju uczelni wyższych, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. The study was conducted within the project realised at the University of Physical Education in Warsaw titled “The improvement of didactic and scientific potential in the field of occupational therapy as a key to the development of higher education” co-financed by the European Union within the European Social Fund.

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis is a disease attacking the central nervous system. It develops when the myelin sheaths of nerve fibres, glial cells and immune cells are damaged [3]. The aim of this study was to present the project of adapting a bathroom to the needs and expectations of a person with MS and to show its implementation.

Method: A direct interview with an MS client was conducted with COPM questionnaire (often used in occupational therapy) and medical documentation was analysed.

Case study: Tadeusz (the client) was a 46-year-old man. He was diagnosed with MS when he was 43 years old. However, the first symptoms occurred two years earlier. In 2007 he underwent magnetic resonance and spine puncture examinations. The results confirmed a primary progressive type of MS. Identification of the client's problem: the need of independence while washing, shaving and bathing. Tadeusz was not able to take a shower by himself because of the fear of losing balance and falling down in the bathroom. The weakness of the left hand muscles and the lack of support rails made it impossible to use the bathroom independently. During several meetings with the client, a plan of adapting his bathroom (fixing handrails and a wooden step) was developed and the manner of using these devices was practised.

Conclusions: Two weeks after the bathroom adaptation was finished, it was assessed together with the client. It was concluded that the adaptation meets his expectations and the aim is being gradually achieved. In the reassessment process, an improvement by 3 points was noted. The "task performance" and "satisfaction" criteria were given 7 points (in the scale from 1 to 10) by the client. However, in the first assessment he evaluated these criteria by giving them 4 points each.

Key words: multiple sclerosis, occupational therapy, becoming independent, client

Wstęp

Stwardnienie rozsiane zalicza się do chorób rzadkich, to znaczy takich, które występują u 5 na 10000 przypadków [1]. Należy do grupy tzw. chorób autoimmunologicznych. Jest to choroba nieuleczalna. Nie uważa się jednak, że zachorowanie na stwardnienie rozsiane skraca życie, aczkolwiek choroba ta znacząco obniża jego komfort i jakość [2].

Stwardnienie rozsiane jest chorobą, która dotyczy komórek nerwowych (neuronów), komórek glijowych (oligodendrocyty) i odpornościowych mózgu, w których na skutek toczącego się procesu chorobowego zostaje uszkodzona osłona mielinowa. W rezultacie powoduje to nieprawidłowy przepływ impulsu nerwowego pomiędzy komórkami nerwowymi mózgu i rdzenia kręgowego [3]. SM jest przewlekłą, nieuleczalną chorobą centralnego układu nerwowego, w wyniku której niszczona jest tkanka nerwowa.

Po raz pierwszy chorobę opisał francuski neurolog Jeana Martina Charcot, w 1868 roku. Jej nazwa podkreśla to, że procesy patologiczne związane z chorobą są rozsiane w różnych obszarach układu nerwowego, jak również rozsiane w czasie. Badacz wskazał na trzy główne symptomy choroby, tzn. dyzartrię (zaburzenie mowy, charakteryzujące się tym, że staje się ona powolna i niewyraźna), ataksję (zaburzenie koordynacji ruchowej) i drżenie mięśni. Opisał również zmiany

Introduction

Multiple sclerosis is a rare disease, i.e. a disease that occurs in 5 per 10,000 cases [1]. It is an autoimmune and incurable disease. However, it does not shorten life but significantly reduces its comfort and quality [2].

Multiple sclerosis is a disease affecting neurons (neuronal cells), glial and immune cells whose myelin sheaths have been damaged. It results in improper passing of neuron impulse throughout brain cells and spinal cord [3]. It is a chronic, incurable disease of the central nervous system in the course of which nervous tissue gets damaged.

It was first described by a French neurologist Jean Martin Charcot in 1868. Its name points to the fact that pathological processes connected with the disease appear in different parts of the nervous system. The symptoms are also scattered in time. The researcher indicated three main symptoms, i.e. dysarthria (speech disorder manifesting itself in slow and unclear articulation), ataxia (physical coordination disorder) and muscular tremor. He also described cognitive disturbances in MS patients, i.e. a significant "loss of memory, slowed down thinking and learning difficulties" [4].

Multiple sclerosis may also produce other symptoms such as motor disorders, sensual symptoms

poznawcze u chorych na SM czyli „wyraźne osłabienie pamięci i spowolnienie myślenia, ale również trudności w uczeniu się” [4].

Stwardnienie rozsiane może wywoływać jeszcze inne objawy, do których zalicza się: zaburzenia ruchowe, czuciowe (drętwienie, cierpienie lub mrowienie rąk i nóg), zaburzenia widzenia (niewyraźne lub podwójne widzenie), zespoły bólowe, zaburzenia poznawcze i nastroju, przewlekłe zmęczenie (poczucie niemocy, uniemożliwiający aktywność intelektualną i fizyczną), słabość mięśni i ich wzmożone napięcie, problemy z układem pokarmowym i moczowym [4].

Styl życia bynajmniej nie ma wpływu na rozwój tej choroby. Nie ma też jednoznacznych dowodów na to, że jest to choroba dziedziczna, aczkolwiek ostatnie wyniki badań dowodzą, że chorobę wywołuje kombinacja czynników genetycznych i środowiskowych. Z całą pewnością można jednak stwierdzić, że stwardnienie rozsiane nie jest chorobą zakaźną [5].

W literaturze wskazuje się na cztery typy tej choroby: postać remitująco-nawracającą, wtórnie postępującą, pierwotnie postępującą i postać postępująco-nawracającą [5].

Statystyki dotyczące stwardnienia rozsianego są następujące [2;5]:

1. na całym świecie choruje na SM około 2,5 mln osób;
2. liczba chorych w Europie wynosi około 500 tysięcy;
3. w Polsce żyje około 40 tysięcy osób z SM (jeden chory na 1000 zdrowych osób);
4. około 75% cierpiących na SM w Polsce przechodzi na rentę w okresie niespełna dwóch lat od momentu zdiagnozowania choroby;
5. SM jest chorobą, która dotyka przede wszystkim ludzi młodych, między 20. a 40. rokiem życia, ale zdarza się też u osób poniżej 18. roku życia, a nawet u dzieci;
6. prawdopodobieństwo wystąpienia SM u osób mieszkających dalej od równika jest większe (dowodem na to jest ogromna liczba zachorowań w krajach skandynawskich).

Aktualnie, nie ma jeszcze leków, które mogłyby skutecznie leczyć SM, ale są takie, które hamują rozwój tej choroby. Są to leki immunomodulujące (np. interferon), które modyfikują pracę systemu immunologicznego. Terapia lekami znacząco obniża liczbę ataków i zaostrzeń w przebiegu choroby. Interferon jest lekiem bardzo skutecznym, ale również kosztownym, i dlatego w Polsce nie wszyscy mogą mieć dostęp do takiego leczenia. Aby otrzymać refundację kuracji interferonem, polski pacjent musi zostać zakwalifikowany do leczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), i spełniać określone kryteria: wiek poniżej 35. r. z.; czas trwania choroby; dotychczasowa

(numbness or tingling sensation in arms and legs), visual disorders (unclear and double vision), pain, cognition and mood disturbances, chronic fatigue (general weakness that render physical and intellectual activity impossible), muscle fatigue and spasticity or problems with digestive and urinary systems [4].

The development of this disease is by no means influenced by lifestyle. Nor is there any explicit evidence for its genetic causes. However, the latest research has proved that it is caused by a combination of genetic and environmental factors. It can certainly be concluded that it is not a contagious disease [5].

In the literature of the subject there occur four types of this disease, i.e. relapsing-remitting MS, secondary progressive MS, primary progressive MS and progressive-relapsing MS [5].

Statistics concerning MS are as follows [2,5]:

1. there are approximately 2.5 million people with MS in the world;
2. there are approximately 500,000 people with MS in Europe;
3. there are approximately 40,000 people with MS in Poland (one case per one thousand healthy individuals);
4. ca. 75% of those who have MS in Poland start receiving health benefits within two years from the diagnosis;
5. MS is most often diagnosed between the age of 20 and 40 but it may also occur in teenagers below 18 or even among children;
6. the risk of developing MS rises with the increasing distance from the equator (illustrated by an immense number of MS cases in Scandinavian countries).

Currently, there is no cure for MS but there are drugs which can slow down the development of the disease. They are called immunomodulatory drugs (e.g. interferon) as they modify the work of the immune system. Drug treatment significantly reduces the number of attacks and exacerbations of the disease. Interferon is a very effective yet costly drug and, therefore, not all individuals with MS can gain access to such treatment in Poland. In order to receive free interferon treatment, a Polish patient has to be qualified by the Polish National Health Service (NHS) and meet certain criteria, such as age below 35, duration of the disease, the number of previous attacks or particular types of symptoms. In Poland, only ca. 8% of MS patients are treated with interferon funded by NHS, whereas in other European Union countries the number reaches approximately 30%. Thus, Poland is in the last but one position as far as accessibility to interferon therapy is concerned [5].

liczba rzutów choroby; rodzaj objawów. W Polsce tylko około 8% chorych na SM jest objętych leczeniem interferonem, refundowanym przez NFZ, podczas gdy w innych krajach UE jest to około 30% pacjentów. Wśród krajów europejskich Polska zajmuje przedostatnie miejsce jeśli chodzi o dostępność tej terapii dla osób cierpiących na stwardnienie rozsiane [5].

Stwardnieniu rozsianemu towarzyszy wiele objawów, które znacząco obniżają jakość życia chorego. Dlatego dobrze i systematycznie prowadzona rehabilitacja, choć nie ogranicza istotnie kolejnych rzutów choroby, ani też jej nie hamuje, to jednak poprawia zarówno obiektywne wskaźniki zdrowia, jak i subiektywnie oceniane samopoczucie. Terapia zajęciowa jako jeden z rodzajów rehabilitacji chorego na SM okazuje się mieć ogromne znaczenie dla poprawy jego niezależności podczas wykonywania codziennych czynności, a także usprawniania funkcji poznawczych [6]. I, chociaż nie określa się jednoznacznych wskazań czy zaleceń co do najbardziej skutecznej formy terapii w przypadku osób cierpiących na stwardnienie rozsiane, to badania jednak potwierdzają istotne różnice dotyczące stanu zdrowia u osób poddawanych terapii i nier rehabilitowanych [6].

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie i opisanie autorskiego projektu na przystosowanie łazienki do oczekiwań i potrzeb osoby chorującej na SM, zaprezentowanie jego wdrożenia oraz omówienie procesu terapii zajęciowej przeprowadzonego z klientem chorującym na stwardnienie rozsiane.

Opis przypadku

W pracy zaprezentowano analizę przypadku i postępowanie wobec mężczyzny chorującego na stwardnienie rozsiane. Opracowanie przedstawiono w oparciu o model kanadyjski, powszechnie wykorzystywany w procesie terapii zajęciowej (Canadian Practice Process Framework) [7]. Na CPPF składa się kilka kroków, które terapeuta zajęciowy realizuje z klientem podczas kolejnych sesji terapeutycznych. Klient wyraził zgodę na wywiad, udział w terapii zajęciowej i wykorzystanie w niniejszej pracy dokumentacji fotograficznej dokumentującej jej przebieg.

1. Zainicjowanie kontaktu z klientem

Współpracę z panem Tadeuszem w związku z podjętym procesem terapii zajęciowej nawiązano w 2011 roku. Wówczas był to 46-letni mężczyzną. Pan Tadeusz jest żonaty i ma dwóch dorosłych synów. Mieszka z rodziną w domu jednorodzinnym, w miejscowości Mościska położonej w pobliżu Warszawy. Cierpi na stwardnienie rozsiane, które zdiagnozowano u nie-

MS is accompanied by numerous symptoms which significantly decrease the patients' quality of life. Thus, although a proper and regular rehabilitation does not limit the number of further attacks or inhibit the development of the disease, it improves both objective health indices and subjective well-being. Occupational therapy is one of the types of MS patient rehabilitation which seems to be really significant in the process of improving their independence during everyday activities and improving cognitive functions [6]. Despite the fact that there are no unanimous indications or recommendations regarding the most effective form of therapy for MS patients, the research confirmed significant differences in the state of health between patients who undergo rehabilitation and those who do not [6].

The aim of this study was to present and describe the project of adapting a bathroom to the needs and expectations of an MS client, to show its implementation process and to discuss the process of occupational therapy conducted with the MS client.

Case study

The work presents a case study of a man with MS prepared on the basis of the Canadian Practice Process Framework (CPPF), which is widely used in the process of occupational therapy [7]. CPPF includes certain steps which an occupational therapist takes with a client during consecutive therapeutic sessions. The client gave his consent to participate in an interview and occupational therapy, and accepted the use of photographic documentation of the process in this work.

1. Enter/ Initiate

The occupational therapy process with Tadeusz was initiated in 2011, when he was 46 years old. The client is married and has two adult sons. He lives in a detached house in Mościska in the suburbs of Warsaw. He was diagnosed with MS three years before the study, at the age of 43. However, two years prior to the diagnosis he had noted certain symptoms of MS. It was then that he fell down on an even surface for the first time. Soon afterwards he fell down again. A few months after the second collapse he noticed that his left leg trembled while pressing the clutch. Afterwards, similar tremors repeated occasionally. Finally, he decided to make an appointment with a surgeon to explain his ailments. He was referred to electroneurographic examination, yet the test showed no disorders. In May 2007 the man underwent additional examinations including

go trzy lata wcześniej, w wieku 43 lat. Jednak już dwa lata przed postawieniem diagnozy zaobserwował u siebie pewne symptomy, które zapowiadały chorobę. To wtedy, wiosną, po raz pierwszy upadł, chodząc po równej powierzchni. Wkrótce po tym, przewrócił się ponownie. Po kilku miesiącach od drugiego upadku, a zdarzyło się to jesienią, zauważył, że podczas prowadzenia samochodu lewa noga zaczyna drżeć oparta o pedał sprzęgła. Jeszcze później podobne drżenia powtarzały się, aczkolwiek sporadycznie. W końcu pan Tadeusz zdecydował się pójść do lekarza- chirurga, w celu ustalenia przyczyny swoich dolegliwości. Lekarz zlecił badanie przewodzenia nerwów obwodowych, ale otrzymany wynik badania był poprawny. W maju 2007 r. mężczyzna poddał się kolejnym badaniami. Panu Tadeuszowi wykonano rezonans magnetyczny i punkcję kręgosłupa. Tym razem wyniki badań nie były poprawne, a lekarz jednoznacznie zdiagnozował u klienta stwardnienie rozsiane (SM), postać pierwotnie postępującą [8].

W tamtym okresie pan Tadeusz był leczony w szpitalu, na Oddziale Neurologicznym, z powodu narastającego od około roku osłabienia siły lewej kończyny dolnej i bólów odczuwanych w odcinku szyjnym i lędźwiowym kręgosłupa. W badaniu neurologicznym stwierdzono niedowład niewielkiego stopnia lewej kończyny górnej i niedowład lewej kończyny dolnej. Badanie MR głowy ujawniło liczne, drobne ogniska demielinizacyjne w obu półkulach mózgu oraz ciele modzelowatym.

W karcie informacyjnej leczenia szpitalnego opisującej historię choroby stwierdzono u pacjenta:

- niedowład trzykończynowy wieloprzyczynowy;
- rozsiane demielinizacyjne uszkodzenie mózgu;
- wielopoziomową dyskopatię kręgosłupa w odcinku C, Th, L-S z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym kręgosłupa (źródło: Karta leczenia szpitalnego udostępniona do wykorzystania na potrzeby niniejszego artykułu).

Pana Tadeusza poddano leczeniu Solu- Medrolem (0,5g), w trakcie którego stan chorego uległ poprawie. Ustąpiły dolegliwości bólowe. Zaobserwowano ustąpienie niedowładu lewej kończyny górnej oraz zmniejszenie niedowładu lewej kończyny dolnej.

Pan Tadeusz jest rencistą, posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności. Potrzebuje stałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Potrzebuje również współpracy i pomocy w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji. Mężczyzna porusza się przy pomocy kul inwalidzkich lub korzysta z wózka inwalidzkiego. Jest pacjentem świadomym – dużo czyta na temat swojej choroby i dużo już o niej wie, co pomaga mu współpracować z lekarzami i fizjoterapeutami oraz świadomie uczestniczyć w procesie terapeutycznym.

Magnetic Resonance (MR) and spine puncture. This time the results undoubtedly indicated the primary progressive type of MS [8].

At the time, due to the weakening of his left leg and pains in cervical and lumbar spine, he was admitted to hospital and treated in neurology ward. The neurological examination revealed a slight paresis of the left upper limb and a paresis of the left lower limb. The MR of the head revealed numerous demyelination foci in both brain hemispheres and corpus callosum.

The client's medical history revealed that he suffered from:

- tripareisis;
- disseminated encephalomyelitis;
- cervical (C), thoracic (Th) and lumbosacral (L-S) discopathy with a spinal cord injury in the cervical segment of the spine (source: hospital records made available with the client's consent to use this information in the article).

The client underwent treatment with Solu-Medrol (0.5 g), as a result of which his condition improved and the pain disappeared. The paresis in the left upper limb disappeared, while the paresis in the left lower limb subsided.

The client receives health benefits on the basis of his disability certificate. He needs constant care and help of another person due to his limited independence. He also needs everyday cooperation in the process of treatment, rehabilitation and education. He moves around using crutches or a wheelchair. He is a fully aware person, he reads a lot about his disease and this knowledge helps him cooperate with doctors and physiotherapists, and participate in the therapeutic process consciously.

In the case of MS clients, occupational therapy supplements other forms of therapy and the fact that it sets a clear goal for a client is its advantage. Therefore, occupational therapy exerts influence on physical, neurophysiological and psychotherapeutic aspects [9].

The inclusion of the client in the process of occupational therapy whose aim was to improve the disturbed functions supplemented and supported the implemented physiotherapy. Moreover, the participation in occupational therapy is aimed at improving physical and functional fitness indispensable during self-care activities. An effective performance of a task or duty is to make the client aware of his capabilities, restore his mental balance and motivate him to work more. However, it has to be remembered that the objective set to the client should be achievable [10].

Tab. 1. Wyniki wywiadu z klientem i ocena ważności wykonywania czynności
Tab. 1. Results of the interview with the client and assessment of the importance of activities

Client's Name: Tadeusz			
Imię klienta: Tadeusz			
Age: 46 Wiek: 46	Gender: male Płeć: męczyzna	ID: Nr identyfikacyjny:	
Respondent (if other than the client):			
Respondent (jeśli inny niż klient):			
Date of the first assessment: 21.12.2010 Data pierwszej oceny: 21.12.2010	Planned Date of Reassessment: 02.2011 Planowana data ponownej oceny: luty 2011	Date of Reassessment: 14.02.2011 Data ponownej oceny 14.02.2011	
Therapist: Jolanta Derbich Terapeuta: Jolanta Derbich			
Facility/ Agency: University of Physical Education, Warsaw Placówka: Akademia Wychowania Fizycznego, Warszawa			
Therapeutic goals: Planning and implementing an adaptation of a home bathroom to the needs of an MS client, supporting the client's process of learning to use it and gaining independence when taking a shower. Cele terapii zajęciowej: Zaplanowanie i wdrożenie adaptacji w domowej łazience dla potrzeb osoby z SM, wspomaganie procesu uczenia się w trakcie korzystania z niej oraz uzyskanie samodzielności klienta podczas kąpieli			
Step 1: Identification of occupational performance issues Krok 1. Identyfikacja problemu z wykonywaniem czynności	Step 2: Importance rate (from 1 to 10) Krok 2. Ocena ważności czynności przez klienta (od 1 do 10)		
Step 1A: Self- care, independence Krok 1A: Dbanie o siebie, samodzielność	Importance Ważność		
Personal Care Dbanie o siebie	Dressing and undressing Ubieranie się i rozbieranie	10	
	Preparing meals and eating Przygotowanie posiłku i jedzenie	10	
	Shaving Golenie się	10	
	Washing (face, hands) Mycie się (twarz, ręce)	10	
	Using the toilet Korzystanie z toalety	10	
	Using a knife, fork and spoon Posługiwanie się sztućcami	10	
	Bathing independence Samodzielność podczas kąpieli	10	
	Functional Mobility Mobilność	Walking Spacerowanie	10
		Driving a car Prowadzenie samochodu	10
Moving outside the house Poruszanie się poza domem		10	
Moving inside the house Poruszanie się po terenie domu		10	
Walking up the stairs Wchodzenie po schodach		10	
Shopping Robienie zakupów		8	
Using public transportation Korzystanie z komunikacji publicznej		6	

Community Management Funkcjonowanie w środowisku		
Step 1B: Productivity Krok 1B: Produktywność działań/ Wydajność		
Paid/ Unpaid work Praca płatna i niepłatna	Having a job Posiadanie pracy	6
Household Management Obowiązki domowe	Doing household chores (cleaning, washing) Wykonywane prac w domu (sprzątanie, mycie)	6
	Using the left hand Wykorzystywanie lewej ręki	8
	Gripping by the left hand Chwytywanie lewą ręką	7
	Play/ school Zajęcia związane z edukacją i rozrywką, zabawa	Using a computer and the Internet Korzystanie z komputera i Internetu
Step 1C: Leisure Krok 1C: Wypoczynek		
Passive Recreation Bierny wypoczynek (np. czytanie)	Reading books and newspapers Czytelnictwo (książki, gazety)	10
	Watching TV Oglądanie TV	10
	Using a computer Korzystanie z komputera	10
	Active Recreation Aktywny wypoczynek (np. sport)	Physical exercises – playing football Podejmowanie ćwiczeń fizycznych – gra w piłkę nożną
Socialization Utrzymywanie kontaktów towarzyskich	Travelling (the patient dreams of a trip to the seaside) Podróżowanie (klient marzy o wycieczce nad morze)	10
	Meeting friends, family members (outside the house) Spotkania z przyjaciółmi, rodziną (w domu i poza domem)	10
	Participating in family celebrations Uczestnictwo w uroczystościach rodzinnych	10

W przypadku chorujących na stwardnienie rozsiane terapia zajęciowa stanowi uzupełnienie innych form terapii, a jej walorem jest to, że stawia przed pacjentem konkretny cel. Oddziaływanie terapii zajęciowej w takim przypadku dotyczy kilku aspektów, tzn. fizycznego, neurofizjologicznego i psychoterapeutycznego [9].

Włączenie pana Tadeusza w proces terapii zajęciowej, której celem była poprawa zaburzonych funkcji, traktowano jako uzupełnienie i wsparcie dla prowadzonej fizjoterapii. Udział w terapii zajęciowej ma ponadto na celu poprawę sprawności fizycznej i funkcjonalnej niezbędnej podczas wykonywania czynności samoobsługowych. Efektywne wykonanie podjętego zajęcia lub pracy ma uświadomić Klientowi jego możliwości, przywrócić równowagę psychiczną i zmotywować do dalszej pracy. Zawsze jednak należy pamiętać o tym, aby planując zajęcia stawiać klientowi taki cel, który w danym momencie jest on w stanie osiągnąć [10].

2. Identyfikacja problemu klienta

Ustalenie trudności, z którymi boryka się Klient nastąpiło w wyniku wywiadu z nim samym i jego żoną, a także podczas obserwacji jego sposobu poruszania się i zapoznania się z treścią dokumentacji medycznej.

2. Set the stage

The obstacles which the client encountered were determined during an interview with him and his wife as well as while observing his manner of moving and after getting to know the hospital records.

Typical daily activities were recognised and his expectations, needs and fears connected with everyday activities were defined. It appeared that the man had problems with keeping balance (he claimed to lose his balance often), which brought about his fear of falling. He would like to be independent for as long as possible (he is afraid of being dependent on his wife e.g. while preparing meals, eating, taking a shower or getting dressed). It was revealed that the muscles in his left arm and leg were weaker than in the right arm and leg (grip strength in the right and left hand of the client was examined by squeezing the therapist's hand). The client used crutches when moving around his house. However, he used a wheelchair on longer distances, e.g. when going to a doctor or meeting friends. He was able to drive a car with automatic transmission.

3. Assess/evaluate

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM), which is widely applied in occupa-

Zapoznano się z czynnościami wykonywanymi przez Pana Tadeusza w ciągu typowego dnia, ustalono jego podstawowe oczekiwania, potrzeby i obawy związane z zajęciami i czynnościami codziennymi. Okazało się, że mężczyzna ma problem z utrzymaniem równowagi (stwierdził, że często traci równowagę), w związku z czym obawia się upadku. Stwierdził natomiast, że chciałby być samodzielny w zakresie poruszania się i samoobsługi tak długo, jak to tylko będzie możliwe (nie chciałby być zależny od żony np. podczas przygotowywania posiłków, jedzenia, kąpieli, czy ubierania się). Ustalono, że mięśnie lewej ręki i nogi są słabsze niż prawej (ustalono to podczas ściskania ręki terapeuty, w celu sprawdzenia siły chwytu prawej i lewej dłoni Klienta). Pan Tadeusz poinformował, że po terenie własnego domu porusza się przy pomocy kul inwalidzkich, ale poza domem, wówczas, gdy musi pokonać dłuższy dystans korzysta z wózka inwalidzkiego (np. gdy wyjeżdża na wizytę do lekarza lub na spotkania ze znajomymi). Jest w stanie prowadzić samochód wyposażony w automatyczną skrzynię biegów.

3. Ewaluacja – ustalenie potrzeb klienta

Podczas wywiadu z klientem, dla zidentyfikowania jego problemów i potrzeb zastosowano używany powszechnie w takim przypadku w terapii zajęciowej kwestionariusz wywiadu COPM (Canadian Occupational Performance Measure) (uzyskano zgodę na wykorzystanie narzędzia). Poproszono mężczyznę o przedstawienie trudności związanych z wykonywaniem różnych czynności, a także jego potrzeb i oczekiwań

therapeutic therapy, was used during an interview with the client in order to identify his problems and needs (a consent to use this tool was provided). He was asked to present difficulties that he encountered when performing various tasks, as well as his needs and expectations concerning an improvement in his independence. Occupational difficulties and problems were identified with the use of COPM questionnaire prepared by M. Law et al. [11]. COPM is an individualised questionnaire used by occupational therapists in order to define changes in self-assessment of occupational skills occurring in a particular period. The results of the interview carried out using COPM questionnaire are presented in the table below.

Therapeutic goals: Planning and implementing an adaptation of a home bathroom to the needs of an MS client, supporting the client's process of learning to use it and gaining independence when taking a shower.

The client's self-assessment connected with the ability to perform a particular activity/task and the level of satisfaction (tab. 2) is presented in steps 3 and 4. Both initial assessment (before the therapy) and reassessment (after adaptation) are illustrated in the table. The therapist confirmed 4 or 5 important problems with the client and recorded them in the questionnaire. Then, the therapist asked the client to rate each problem with regard to the performance and satisfaction and, afterwards, the total scores were recorded in the questionnaire. The total scores

Tab. 2. Wyniki oceny wstępnej i ponownej (pkt)

Tab. 2. Initial assessment and reassessment (points)

Steps 3 & 4: Scoring – initial assessment and reassessment				
Kroki 3 i 4: Punktowanie – wstępna ocena i ocena ponowna				
Occupational performance problems: Trudność w wykonaniu czynności	Initial Assessment Ocena wstępna		Reassessment Ocena ponowna	
	Performance 1 Wykonanie 1	Satisfaction 1 Satysfakcja 1	Performance 2 Wykonanie 2	Satisfaction 2 Satysfakcja 2
1. Independence while bathing 1. Samodzielność podczas kąpieli	4	4	7	7
2. Independence while shaving 2. Samodzielność podczas golenia się	7	7		
3. Moving outside the house 3. Poruszanie się poza terenem domu	6	3		
4. Dressing and undressing 4. Ubieranie się i rozbieranie	6	6		
Mean score (performance, satisfaction) Ocena średnia (wykonanie; satysfakcja)	5.75	5.0		
Difference (score 2 – score 1) = 3 Różnica (ocena 2- ocena 1) = 3	Performance 2 Wykonanie 2	7	Performance 1 Wykonanie 1	4
Difference (score 2 – score 1) = 3 Różnica (ocena 2- ocena 1) = 3	Satisfaction 2 Satysfakcja 2	7	Satisfaction 1 Satysfakcja 1	4

dotyczących poprawy jego samodzielności. Identyfikacja trudności i problemów związanych z wykonywaniem przez mężczyznę różnych zajęć nastąpiła w oparciu o treść kwestionariusza COPM opracowanego przez M. Law i współ. [11]. COPM jest zindywidualizowanym formularzem wykorzystywanym przez terapeutów zajęciowych w celu ustalania zmian w samoocenie umiejętności zajęciowych występujących na przestrzeni określonego czasu. Wyniki wywiadu z wykorzystaniem kwestionariusza COPM prezentuje tabela 1.

Kroki 3 i 4 ilustrują samoocenę Klienta, która jest związana z oceną możliwości wykonania danego zajęcia/czynności i wynikającym z tego poziomem zadowolenia (tab.2). Dotyczą oceny wstępnej (przed usprawnianiem) i ponownej (po zastosowaniu adaptacji). Terapeuta ustala wspólnie z klientem 4–5 takich czynności, które sprawiają mu największy problem i zapisuje je w arkuszu kwestionariusza. Następnie prosi klienta o ocenienie każdej czynności/zajęcia pod względem możliwości jej wykonania i satysfakcji. Wyniki samooceny zapisuje w kwestionariuszu. Wynik łączny oblicza się dodając oceny za wykonanie lub satysfakcję za wszystkie trudności i podzielenie otrzymanej liczby przez liczbę trudności (oblicza się w ten sposób wartość średnią). Na tym etapie ustala się z klientem tę czynność/zajęcie, które sprawia mu najwięcej trudności i potrzebuje ją usprawnić. W ocenie ponownej klient ocenia tę czynność, która została wskazana przez niego do poprawy. Ocena dotyczy możliwości wykonania i wynikającej z tego satysfakcji. Terapeuta ponownie zapisuje wyniki oceny w kwestionariuszu (krok 4) i podaje wartość wzrostu oceny (różnica punktów pomiędzy drugim i pierwszym badaniem) [12].

W wyniku przeprowadzonego wywiadu i oceny wstępnej ustalono z klientem główny problem. Pan Tadeusz zdecydował, że potrzebuje być bardziej samodzielny podczas kąpieli. W związku z tak określoną

were calculated by adding together the performance or satisfaction scores for all the problems and dividing the sum by the number of problems (it provides a mean value). At this stage, the most difficult activity which needed improvement was identified. During the reassessment, the client rated the problem which was selected for improvement. The assessment regarded performance and satisfaction. The therapist recorded the score in the questionnaire again (step 4) and provided the value of an increase in the assessment (difference in points between the first and the second assessment) [12].

As a result of the interview and initial assessment, the main problem was identified together with the client. He decided that he needed to be more independent while bathing. Taking into account the client's main problem, we formulated hypotheses which expressed a probable reason for the problem, i.e. the lack of possibility to take a shower independently (without the help from other people). It was concluded that the problem may result from the fear of losing balance and falling down in the bathroom, weakness in the left hand muscles or the lack of the bathroom rails adjusted to the needs of a person with MS.

4. Agree on objectives/ treatment plan

The next step involved discussing and taking a decision concerning the range of adaptations in the bathroom.

The client's bathroom before the adaptation is presented below (fig. 1 and 2).

The major difficulties which the client encountered in everyday life were discussed with him. It turned out that being independent while bathing was the most problematic and he wanted to take a shower without the help of his wife. During that therapeutic



Ryc. 1. i 2. Widok łazienki przed adaptacją
Fig. 1. and Fig. 2. The bathroom before the adaptation



potrzebą sformułowano hipotezy, które wyrażają prawdopodobną przyczynę wskazanego problemu, jakim jest brak możliwości samodzielnego (bez pomocy innych osób) brania kąpeli. Uznano, że problem może wynikać z: obawy o utratę równowagi i możliwość upadku w łazience; osłabienia siły mięśni lewej ręki; braku odpowiednich urządzeń (adaptacji) w łazience, które odpowiadałyby potrzebom osoby chorującej na SM.

4. Uzgodnienie celu i planu interwencji

Następnym krokiem było przedyskutowanie i zdecydowanie z Klientem o zakresie wykonania adaptacji w jego domowej łazience.

Na poniższych fotografiach zaprezentowano łazienkę w domu Klienta przed wykonaniem ustalonego przystosowania (ryc. 1 i 2).

Omówiono z Klientem te trudności, których doświadcza podczas dnia codziennego. Okazało się, że najczęściej problemu sprawia Panu Tadeuszowi samodzielna kąpiel. Mężczyzna oświadczył, że chciałby

session the range of indispensable changes (adaptations) in the bathroom which would meet the expectations and needs of the client and the way in which the client would learn to use them were agreed on. The ongoing evaluation of independence while bathing confirmed big difficulties in performing this task (the result of the initial assessment made by the client: performance – 4; satisfaction – 4).

The agreed adaptation of the bathroom to the client's needs included making a wooden step covered with an anti-slip mat (an easier way to go into the bath) (fig.3) and handrails fixed to both walls (making it easier to keep balance and protecting from a potential fall).

The occupational therapist's task performed in cooperation with the client was to make him feel safe in his bathroom and be self-reliant while having a bath. Moreover, according to the plan, the man would learn going to the bathroom independently without other people's help (using crutches) and he

Ryc. 3. Drewniany stopień pokryty matą antypoślizgową



Fig. 3. A wooden step covered with an anti-slip mat

móc brać prysznic bez pomocy żony. Podczas tej sesji terapeutycznej ustalono zakres niezbędnych do wykonania zmian (adaptacji) w łazience, które odpowiadałyby oczekiwaniom i potrzebom Klienta oraz sposób w jaki mężczyzna będzie się uczył z nich korzystać. Ocena bieżąca – samodzielności i niezależności podczas kąpieli – potwierdza, że Klient doświadcza dużych trudności z wykonaniem tej czynności (wynik oceny wstępnej Klienta: wykonanie – 4; satysfakcja – 4).

Ustalony zakres dostosowania łazienki do potrzeb Klienta uwzględnia: wykonanie drewnianego stopnia pokrytego matą antypoślizgową (ułatwienie wejścia do wanny) (ryc.3) i poręczy zamontowanych na dwóch ścianach łazienki (umożliwią zachowanie równowagi i ochronią przed ewentualnym upadkiem).

Zadaniem terapeuty zajęciowego we współpracy z Klientem jest spowodowanie tego, aby mężczyzna mógł czuć się bezpiecznie we własnej łazience i był samowystarczalny podczas codziennej kąpieli. Ponad-

would be able to get into the bathtub, take a shower and get out of the bathtub.

In order to set the goals of occupational therapy, SMART analysis method was applied. This method makes it possible to describe the goals of occupational therapy clearly in the following categories: S (significant) – describing the patient, M (measurable) – defining the tasks in the therapy, A (achievable) – defining the period during which the results should be achieved, R (realistic) – indicating activities planned within the occupational therapy with regard to the previously set goal, T (timed) – determining the time of working with the client until the reassessment of the results. SMART analysis for our client is presented below:

S – Tadeusz; gender – male; age – 46; multiple sclerosis (MS); tripareisis; disseminated encephalomyelitis; cervical (C), thoracic (Th) and lumbosac-

to Pan Tadeusz nauczy się wchodzić do łazienki bez pomocy innych osób (będzie jedynie korzystał z kul inwalidzkich) i będzie umiał wejść do wanny, wziąć prysznic i samodzielnie z niej wyjść.

Formułowanie celów terapii zajęciowej, dokonuje się z wykorzystaniem metody SMART. To metoda, która pozwala szczegółowo opisać cele terapii zajęciowej, gdzie S (significant) charakteryzuje przypadek; M (measurable), określa zadanie dla podjętej terapii; A (achievable), określa czas, po którym od chwili podjęcia współpracy z klientem oczekuje się dodatnich rezultatów terapii; R (relates), to wskazanie planowanych czynności w ramach terapii zajęciowej w związku z określonym wcześniej celem; T (time limited), określenie czasu pracy z pacjentem od rozpoczęcia do wtórnej oceny rezultatów. Analiza SMART dla omawianego przypadku przedstawia się następująco:

S – Pan Tadeusz, płeć: męska; wiek: 46; Stwardnienie rozsiane (SM); niedowład trzykończynowy wieloprzyczynowy; rozsiane demielinizacyjne uszkodzenie mózgu; wielopoziomowa dyskopia w odcinku szyjnym (C), piersiowym (Th) i lędźwiowym (L) kręgosłupa, uszkodzenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym.

M – Klient będzie brał prysznic samodzielnie, bez pomocy żony

A – zmiany w zakresie usamodzielnienia będą obserwowane po upływie dwóch tygodni

R – zaplanowanie i wykonanie adaptacji łazienki specjalnie dla potrzeb Klienta, uzgodnienie z klientem i jego żoną sposobu korzystania z wykonanego wyposażenia w łazience, ustalenie zakresu pomocy ze strony żony w początkowym etapie korzystania z niego przez pacjenta, systematyczna współpraca z fizjoterapeutą w celu podjęcia ćwiczeń wzmacniających mięśnie, szczególnie lewej ręki i lewej nogi

T – dwa tygodnie

ral (L-S) discopathy with a spinal cord injury in the cervical segment of the spine

M – the client will be able to take a bath himself, without the help of his wife

A – changes in becoming more independent will be noticeable after two weeks

R – planning and preparing a bathroom adaptation to meet the client's needs, discussing the manner of using the newly fixed equipment with the client and his wife, establishing the scope of help to be provided by his wife in the initial phase after the adaptation, regular cooperation with the physiotherapist in order to strengthen the muscles of the left arm and left leg.

T – two weeks

During the second therapeutic session with the client on January 4th, 2011, the following steps were taken:

- discussing the concept of adapting the bathroom to the client's needs which were previously reported;
- providing the client with details on the adaptation, including the information where and how the equipment will be fixed;
- taking measurements indispensable for manufacturing the step and rails (length, height, width);
- establishing together with the client where exactly the rails should be fixed;
- obtaining the client's and his wife's consent to realise the presented plan and implementing it.

5. Implement the plan

The third visit at the client's house took place on January 29th, 2011. During that session the bathroom was adapted according to the previous plan. Handrails and a step were mounted (fig.4). Moreover, the manner of using the equipment was explained and practised (fig.5).



Ryc. 4. Łazienka po adaptacji z poręczami i drewnianym stopniem pokrytym matą antypoślizgową

Fig. 4. Bathroom adaptation (handrails and wooden step covered with an anti-slip mat)

Podczas drugiej sesji z Klientem, w dniu 4 stycznia 2011 r. podjęto następujące działania:

- przedyskutowano koncepcję wprowadzenia w łazience niezbędnych udogodnień w związku ze zgłoszonymi uprzednio potrzebami;
- poinformowano o tym, jak będzie wyglądać zaproponowana adaptacja, zademonstrowano w jaki sposób i gdzie zostanie zamontowana;
- wykonano pomiary niezbędne do wykonania stopnia i poręczy (długość, wysokość, szerokość);
- ustalono wspólnie z Klientem dokładne miejsca zamontowania poręczy;
- uzyskano zgodę Klienta i jego żony na realizację przedstawionego planu i wykonanie adaptacji w łazience.

5. Wdrożenie/wykonanie planu

Trzecia wizyta domowa u Klienta miała miejsce w dniu 29 stycznia 2011 r. Tego dnia zostały wprowadzone w łazience ustalone zmiany. Zamontowano poręczę i stopień umożliwiające wchodzenie do wan-

The analysis below shows particular stages of learning the activity according to the Taxonomic Code of Occupational Performance [13].

1. Voluntary movement or mental processes: exercising lower limb, arm and trunk muscles – flexion, extension, adduction, abduction, rotation; mental processes – focusing on the activity, remembering successive steps.
2. Action: grabbing and holding the rail, walking with and without crutches, ascending the step, getting into the bathtub, maintaining a sitting position in the bathtub, rotating the body; thinking constantly about performing successive stages of the activity.
3. Task: entering the bathroom, leaving crutches on the left side, grabbing the rail, standing and maintaining balance, getting into the bathtub, undressing, getting dressed, using a towel and bath accessories, learning, thinking, solving problems, using the right hand, following instructions such as ‘go towards the step’, ‘grab the rail with two hands’, ‘put your right foot on the step’, ‘put your



Ryc. 5. Klient podczas ćwiczenia

Fig. 5. The client while doing exercises

ny (ryc.4). Ponadto, objaśniono i ćwiczone z klientem sposób wykorzystania urządzeń (ryc.5).

Poniżej zanalizowano poszczególne etapy wykonania nauczonej czynności, według obowiązującego w terapii zajęciowej Strukturalnego Schematu Wykonywania Czynności (Taxonomic Code of Occupational Performance) [13].

1. Aktywność ruchowa i umysłowa: ćwiczenie mięśni nóg, ramion i tułowia – zginanie, prostowanie, przywodzenie, odwodzenie, rotacja; aktywność umysłowa – koncentracja na zadaniu, zapamiętywanie kolejnych etapów wykonywanego zadania.
2. Działanie: chwytanie i trzymanie się poręczy, chodzenie z i bez użycia kul, wchodzenie na stopień, wchodzenie do wanny, utrzymanie pozycji siedzącej w wannie, ruchy obrotowe ciałem; ustawiczne myślenie na temat wykonywania kolejnych etapów działania.
3. Wskazanie zadań: wchodzenie do łazienki; pozostawianie kul po lewej stronie; chwytanie poręczy; stanie i utrzymywanie równowagi; wchodzenie do wanny; rozbieranie się, ubieranie się; używanie akcesoriów kąpielowych i ręcznika; uczenie się; myślenie; rozwiązywanie problemów; korzystanie z prawej ręki; wykonywanie poleceń, takich np. jak: podejdź do stopnia; chwyć oburącz poręcz; postaw prawą stopę na stopniu; postaw lewą stopę na stopniu i stań na stopniu obciążając obydwie nogi; włóż lewą nogę do wanny, a następnie włóż prawą nogę do wanny; usiądź w wannie (po wzięciu kąpieli wszystkie wskazane działania są wykonywane w odwrotnej kolejności).
4. Aktywność dotycząca: zapamiętywania wykonywanych działań, myślenia według ustalonego porządku czynności, wzięcia kąpieli bez pomocy innych osób.
5. Czynności: chód, stanie, chwytanie, układanie, wchodzenie do wanny, ubieranie się, rozbieranie, używanie ręcznika i akcesoriów kąpielowych, uczenie się nowych czynności i zachowań, myślenie analityczne, rozwiązywanie problemów.

6. Monitorowanie i modyfikacja planu

Ustalono z Panem Tadeuszem sposób kontaktu, decydując się na kontakt telefoniczny i, o ile to będzie konieczne, wizyty domowe. W tym czasie kiedy Klient testował wprowadzone udogodnienie, systematycznie monitorowano i konsultowano jego postępy i ewentualne trudności z nim samym i jego żoną. Interesowało nas to, czy i na ile zamontowane urządzenia są pomocne podczas codziennej kąpieli. Żona Pana Tadeusza oświadczyła, że w tym czasie, kiedy jej mąż uczył się samodzielności podczas kąpieli i mycia się, wykorzystywał wprowadzoną adaptację, starając się zapamiętać kolejne etapy w procesie posługiwania się urządzeniami. Rzadko też potrzebował podpowie-

left foot on the step and stand on the step on two feet', 'put your left leg into the bathtub and then put your right leg into the bathtub', 'sit down in the bath' (all the aforementioned activities are performed in the reverse order after bathing).

4. Activity: remembering the performed activities, thinking according to a proper order, bathing without the help of others.
5. Occupation: walking, standing, grabbing, putting, entering the bathtub, getting dressed, undressing, using the towel and bath accessories, learning new activities and behaviours, thinking analytically, solving problems.

6. Monitor and modify

It was agreed that the client would be contacted by phone and, if necessary, would be visited at home. At the stage when the client tested the implemented solutions, his progress and potential difficulties were monitored and discussed both with him and with his wife. It was checked whether the new devices were helpful in everyday bathing. The client's wife stated that during the process of learning how to bathe independently, he used the implemented equipment trying to remember successive stages of this activity. He rarely needed hints concerning what he should do and how at that particular moment. He learned how to perform the activity in the correct order, which helped him become more and more independent. He practised grabbing, moving without crutches and going up and down the step located next to the bathtub.

At that time the client also practised regularly with his physiotherapist (strengthening muscles) and performed the recommended physical exercises by himself. After a few cases of getting into the bathtub with the use of the step, he decided that he did not need the anti-slip mat since he felt confident without it while standing on the step. Upon the request of the client, the mat was removed and it was the only modification to the previously established therapy plan.

7. Evaluate outcome

The fourth meeting with the client took place on February 14th, 2011. Reassessment (using COPM) was performed two weeks after the implementation of the supporting devices. The client and his wife confirmed that the previously defined tasks (bathing independently) were realized and the goals were being gradually achieved. The assessment of performance and satisfaction increased by 3 points (tab. 2).

The client said: I am very happy with the equipment that has been installed in my bathroom. At

dzi, co i jak powinien w danej chwili zrobić. Uczył się wykonywać czynności we właściwej kolejności, co prowadziło do stopniowego nabywania niezależności podczas kąpieli. Ćwiczył chwyt, poruszanie się bez użycia kul inwalidzkich, wchodzenie i schodzenie ze stopnia usytuowanego obok wanny.

W tym okresie Pan Tadeusz również systematycznie ćwiczył pod kierunkiem fizjoterapeuty (wzmacniał mięśnie), a także samodzielnie wykonywał zalecane ćwiczenia fizyczne. Po wykonaniu kilku prób wejścia do wanny z użyciem stopnia, mężczyzna uznał, że na tę chwilę nie potrzebuje maty antypoślizgowej, ponieważ czuje się pewnie na stopniu nawet bez pokrycia matą. Na wniosek Klienta zrezygnowano z użycia maty, i była to jedyna modyfikacja jaką wprowadzono do przyjętego planu terapii.

7. Ocena wyników terapii

Czwarta sesja z Panem Tadeuszem odbyła się w dniu 14 lutego 2011 r. Powtórna ocenę z wykorzystaniem kwestionariusza COPM przeprowadzono po upływie dwóch tygodni od wprowadzenia ustalonej adaptacji w łazience Klienta. Uzyskano zapewnienie od mężczyzny i jego żony, że określone uprzednio zadania (samodzielna kąpiel bez pomocy) i cele są stopniowo osiąmane. Ocena wykonania zadania i satysfakcji na tym etapie terapii wzrosła o 3 punkty (tab.2).

Klient powiedział: „Jestem bardzo zadowolony z urządzeń, które zostały zamontowane w mojej łazience. W tej chwili nie obawiam się o to, że mogę upaść. Wiem, że kiedy będę tracił równowagę, to mogę chwycić się poręczy. Czuję się z tym lepiej i jestem bardziej pewny siebie. Jestem bardziej spokojny i usatysfakcjonowany z tego powodu, że mogę wykonać codzienną toaletę, ponieważ jestem bardziej samodzielny podczas kąpieli, golenia się i mycia. Stopień jest dobrze dopasowany i ułatwia mi wejście i wyjście z wanny. Poręcz pod oknem umożliwia korzystanie z toalety (łatwiej mi wstawać z sedesu). To był dobry projekt, a wprowadzone w mojej łazience zmiany uważam za funkcjonalne. Są to „meble” pierwszej potrzeby, które pozwalają mi bardziej ufać sobie same-mu. Niczego lepszego w tej chwili nie potrzebuję”.

Żona Pana Tadeusza uważa, że „mąż jest teraz bardziej pewny siebie. Ważne jest to, że kiedy porusza się w łazience może zawsze chwycić się poręczy, kiedy tylko tego potrzebuje. Mój mąż stał się bardziej samodzielny w kąpieli. Teraz rzadziej mu pomagam. W te dni, kiedy lepiej się czuje w ogóle może kąpać się samodzielnie. Wcześniej zawsze musiałam mu pomagać. Jestem wprawdzie obecna w łazience, ale wyłącznie go obserwuję i czasami tylko podpowiadam, co powinien zrobić. Kiedy mąż gorzej się czuje, pomagam mu postawić lewą nogę na stopniu. Jestem zadowolona z tych urządzeń, które uważam za este-

present I am not afraid that I will fall down. I know that if I lose balance, I can grab the rail. I feel better and more confident. I'm more relaxed and satisfied with the fact that I can wash myself because I am more independent while bathing, shaving and washing. The step fits well and helps me to get in and out of the bathtub. Also, the grab rail under the window makes it easier to use the toilet (I can easily stand up from the toilet seat). It was a good idea and I think the changes implemented in my bathroom are functional. This is necessary “furniture” which allows me to be more self-assured. I don't need anything better.

His wife stated: “My husband is more confident now. It is important for him that when he is moving in the bathroom, he may grab the rail whenever he needs it. My husband is more independent while bathing. Now, I help him less frequently. When my husband has a good day and feels better, he is able to bathe himself. Previously, I always had to help him. Now I'm present in the bathroom, but I'm just watching him, and sometimes I tell him what to do. When my husband feels worse, I help him put his left foot on the step. I'm happy with the equipment which is aesthetic. Also, the rails have one more function – they serve as towel rails. I am glad that my husband is more independent while bathing.

Conclusion

The client is aware of the fact that his disease is progressing. He understands that with time he will become less physically fit. However, he confirmed that he was open to further cooperation with the occupational therapist and physiotherapist in order to maintain the level of fitness and independence.

In the two-week period, the patient explored new possibilities and engaged in learning how to use newly fixed equipment. It was noted that the client was constantly looking for ways to improve his level of independence and perform tasks connected with using the bathroom better. Moreover, he regularly participated in the therapy with his physiotherapist and performed exercises at home. The man constantly looks for information concerning his disease and talks to other MS patients on the Internet (Facebook, blogs, etc.). He often discusses the disease with them in order to gain more information and help others understand it better and accept it. He is also a member of the Polish Multiple Sclerosis Society. The sessions with the client were also valuable due to the fact that issues other than those associated with the disease could be discussed with him, which was also significant for the client

tycznie wykonane. Ponadto, poręcze spełniają jeszcze jedną funkcję – są wieszakiem dla ręcznika, który mąż może mieć zawsze blisko. Jestem zadowolona z tego, że mąż stał się bardziej niezależny podczas kąpieli”.

Wnioski

Pan Tadeusz jest świadomy tego, że jego choroba będzie postępować. Rozumie, że w miarę upływu czasu będzie stawał się coraz mniej sprawny fizycznie. Potwierdza jednak, że jest otwarty na dalszą współpracę z terapeutą zajęciowym i fizjoterapeutą, w celu podtrzymywania sprawności i samodzielności.

Podczas tych dwóch tygodni przed Panem Tadeuszem otworzyły się nowe możliwości i z dużym zaangażowaniem uczył się korzystać z zainstalowanych w łazience urządzeń. Zaobserwowano, że Klient wciąż szukał sposobów na to, aby podnieść na wyższy poziom swoją niezależność i lepiej wykonywać zajęcia związane z korzystaniem z łazienki. Ponadto regularnie uczestniczył w terapii ze swoim fizjoterapeutą, a także codziennie wykonywał zestaw ćwiczeń gimnastycznych w domu. Mężczyzna stale poszukuje informacji o swojej chorobie, rozmawia z innymi osobami, które także cierpią z powodu SM, a czyni to za pośrednictwem Internetu (facebook, blogi itp.). Często dyskutuje z nimi na temat choroby, po to, aby więcej się na jej temat dowiedzieć, ale też innym pomóc ją lepiej poznać i zaakceptować. Pan Tadeusz jest też członkiem Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego. W sesjach odbytych z Panem Tadeuszem wartościowe było też to, że można było porozmawiać z Klientem również na inne tematy niż tylko te związane z chorobą, co – jak zauważono – było dla mężczyzny bardzo ważne. Podczas współpracy z Panem Tadeuszem zaobserwowano, że jest to pogodny mężczyzna. Nawet kiedy odczuwa ból stara się uśmiechać i żartować. Ma wewnętrzną siłę do walki z chorobą i wynikającymi z niej ograniczeniami, chętnie też mówi o swojej chorobie. Kiedyś powiedział, że chce być niezależny i samodzielny w zakresie codziennych zajęć, tak długo, jak to tylko będzie możliwe. A z tego powodu, że nie chciałby poruszać się wyłącznie na wózku inwalidzkim, to codziennie wykonuje swoje ćwiczenia, wzmacniając mięśnie nóg i rąk. Jest wspierany przez swoich najbliższych – żonę i synów, którzy rozumieją trudności, których doświadcza w codziennym życiu i pomagają mu kiedy tylko tego potrzebuje.

Zrealizowany z Panem Tadeuszem proces terapii zajęciowej był bardzo satysfakcjonujący. Ważne było to, że udzielona mężczyźnie pomoc dała mu możliwość sprawniejszego wykonywania codziennych czynności dzięki przystosowaniu wprowadzonemu do łazienki, adekwatnemu do aktualnych potrzeb Klienta.

himself. It was also noted that the client is a cheerful person. Even though he felt pain, he was trying to smile and joke. He has internal strength to fight the disease and limitations resulting from it, and is willing to talk about the disease. He once said that he wanted to be independent and self-reliant in everyday life for the longest time possible. Every day, he performs leg and arm muscle strengthening exercises in order not to be dependent on a wheelchair only. His wife and sons support him as they understand difficulties which he experiences in everyday life and help him whenever he needs it.

The process of occupational therapy realised with the client was really satisfactory. It was significant that the help provided to the client enabled him to perform everyday activities more efficiently and was adequate to his needs.

Success and achievement of the goals of occupational therapy depends on a few factors, one of them being conscious and active engagement of the client. His openness and trust developed towards the occupational therapist were a starting point for good cooperation and exerted significant influence on the efficiency and effectiveness of the process. In a short period from the bathroom adaptation, the client was able to note and experience an improvement in his own performance and independence.

Powodzenie i skuteczność w osiągnięciu celów terapii zajęciowej jest zależne od kilku czynników, ale jednym z nich – bardzo ważnym – jest świadomy i zaangażowany udział w niej osoby Klienta. Jego otwartość i zaufanie wobec terapeuty zajęciowego, będące punktem wyjścia do dobrej współpracy. Taką osobą był w trakcie prowadzonej terapii zajęciowej Pan Tadeusz, i – o czym jesteśmy głęboko przekonani – miało to znaczący wpływ na sprawnie przebiegający i skuteczny proces, w którym Klient, w niedługim czasie od momentu zainstalowania w łazience niezbędnej adaptacji, mógł zaobserwować i doświadczyć poprawy sprawności i samodzielności w zakresie samoobsługi.

Piśmiennictwo/References

1. Jarosz A. Choroby rzadkie – sieroty systemu. *Zdrowie* 2016; 1: 28-29.
2. Kossobudzka M. Czy można zatrzymać stwardnienie rozsiane. *Tylko Zdrowie* 2015; 48 (86):4-5.
3. Jarosz A. Mój towarzysz SM. *Zdrowie* 2005; 9.
4. Stwardnienie rozsiane (Multiple Sclerosis) [Internet]. [updated 2016 Feb 16; cited 2016 Feb 25] Available from: http://pl.wikipedia.org/wiki/Stwardnienie_rozsiane.
5. Jarosz A. Życ tak, by każdy dzień miał sens. *Zdrowie* 2010; 9.
6. Potemkowski A, Opara J. Potrzeby i możliwości rehabilitacji chorych na stwardnienie rozsiane w Polsce. *Aktualn Neurol* 2015; 15(2): 74-79
7. Fazio K, Hicks E, Kuzma C, Leung P, Schwartz A, Stergiou-Kita M. The Canadian Practice Process Framework: Using a conscious approach to occupational therapy practice. Theory meets practice [Internet]. [cited 2016 Feb 25]. Available from: www.caot.ca/otnow/july08/eppf.pdf Wender M. Neuropatologia of multiple sclerosis – facts and controversies. *Aktualn Neurol* 2009; 9(4): 240-246.
8. Banaś A, Trzaskowska M, Stryła W, Szklarczyk A, Kruszewski M, Piotrowska S. Fizjoterapia w stwardnieniu rozsianym. W: Majchrzak M, Łączak -Trzaskowska M, Gajewska E, red. *Dysfunkcje narządów ruchu*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego; 2013. T.4
9. Pasek J, Opara J, Pasek T, Manierak - Pasek A, Sieroń A. Rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym – wyzwanie współczesnej medycyny. *Aktualn Neurol* 2009; 9 (4): 272-276
10. Law M, Baptiste S, Carswell A, Mc Coll M. A, Polatajko H, Pollock N. COPM Canadian Occupational Performance Measure (przeznaczono do użytku wewnętrznego MCNiR, tłum. M. Bonikowski).
11. www.neuroreha.cz/sites/default/files/materialy/COPM.pdf [cited 2016 March 4].
12. Polatajko HJ, Townsed EA. *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well – being & justice through occupation*. Ottawa: CAOT; 2007.